Bouzineb, Meriam, Jabal, Samira, Salik, Kawtar, Abouchadi, Saloua, « Le Système d'Information Sanitaire au niveau des Etablissements de Soins de Santé Primaires au Maroc : Apport de la Théorie de Luhmann », *Revue Africaine des Sciences Humaines et Sociales*, n ° 3, 2022, pp. 19-42

Le Système d'Information Sanitaire au niveau des Etablissements de Soins de Santé Primaires au Maroc : Apport de la Théorie de Luhmann

Meriam BOUZINEB[1], Samira JABAL[2], Kawtar SALIK[3], Saloua ABOUCHADI[4]

Résumé :

Au Maroc, le système d'information sanitaire est perçu comme une charge et une imposition par le personnel de santé. L'objectif de notre étude a été d'explorer le monde des soignants dans les établissements de soins de santé primaires au Maroc, pour comprendre le contexte où s'élaborait l'information sanitaire à ce niveau, grâce à une démarche socio-anthropologique, encadrée par la théorie des systèmes sociaux. Les soignants ont décrit leur système comme un système pacifiant un environnement hostile, qui s'est programmé pour réduire la violence et acquérir un pouvoir sur les frontières qui le séparent de son environnement ; les soignants des établissements de soins de santé primaires ont été une structure d'attente de systèmes différents, ce qui pourrait faire le lit d'une vulnérabilité du système de santé. Ainsi, des procédures administratives conçues dans des environnements sociétaux éloignés des réalités sociales de certains pays pourraient contribuer à vulnérabiliser leurs systèmes de santé.

Mots-clés : Système d'information sanitaire, établissements de soins de santé primaire, théorie des systèmes sociaux, Niklas Luhmann, Maroc.

Abstract*:*

In Morocco, the caregivers perceive the health information system as a burden and an imposition. We wanted to explore the primary caregivers' world to improve our understanding of the context where the health

[1] Médecin, doctorante en Sociologie, Faculté des Sciences de l'Education– Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

[2] Doctorante en Sociologie, Faculté des Sciences de l'Education– Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

[3] PhD en Urbanisme et Aménagement, Haut-Commissariat au Plan, Rabat- Maroc.

[4] Médecin, PhD en Sciences de Santé Publique, Ecole Nationale de Santé Publique, Rabat, Maroc.

information is elaborated at the operational level, using a socio-anthropological approach, framed by the social systems theory of Niklas Luhmann. The caregivers in primary healthcare facilities have observed their system as a pacifying system in a hostile environment, programed to reduce violence and gain control over its limits. Primary caregivers had been a holding pattern of different systems, which could lead to a healthcare system vulnerability. Thus, administrative procedures conceived in social environments far away from social realities of some countries may take part in making their health systems vulnerable

Keywords: Health information system, primary healthcare facilities, social systems theory, Niklas Luhmann, Morocco.

Introduction

Créé par les pays et les organisations internationales dans les années 90, le Système d'Information Sanitaire (SIS), outil de gestion et de planification de la chose sanitaire [5], poserait un problème de qualité et de fiabilité dans certains pays, et « il apparaît que des données de qualité ne sont pas systématiquement recueillies dans tous les contextes » [6]. Dans les établissements de soins de santé primaires (ESSP), qui sont les structures destinées aux soins curatifs et préventifs de proximité, « interface entre la population et le système de santé » [7], « porte d'entrée dans le système de soins » où a « lieu le premier contact avec un professionnel de la santé » [8], il est attendu du soignant qu'il collecte les données statistiques qui constitueront « la première source d'information sur le fonctionnement du système de soins d'un pays en voie de développement » [9].

---

[5] Nenonen, Mikko, Nylander, Olli, « A Theoretical Framework for Health Information Systems », *International Journal of Healthcare Technology and Management*, n° 4, 2002, pp.467-477.

[6] Organisation Mondiale de la Santé, *Outil technique SCORE pour les données sanitaires : Rapport mondial 2020 sur la capacité des pays à produire des données sanitaires*, OMS, 2021, p.6.

[7] Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*, OMS, 2008, p.45.

[8] Crismer, André, Belche, Jean.Luc, Van der Vennet, Jean Luc, « les Soins de Santé Primaires, plus que des Soins de Première Ligne », *Santé Publique*, vol. 28, n° 3, 2016, pp.375–379, p.378.

[9] Fenech, Carine, « Comment analyser les statistiques du système de soins dans les Pays en voie de développement ? », *Espace Populations Sociétés*, vol. 13, n° 1, 1995, p.143.

Cependant, dans pareils établissements, le soignant n'est pas uniquement un prestataire de soins, c'est aussi un acteur de la vie des gens, quotidiennement confronté à des problématiques sociales complexes auxquelles il n'a souvent pas de solutions. Il s'y pratique ce que Herzlitch avait décrit en parlant de services de médecine générale en France dans les années 70, « la médecine des pauvres, médecine publique et anonyme des grands nombres », « une filière d'abandon médical et de relégation sociale, qui se destine aux catégories des populations dont l'espérance de gains est sérieusement compromise… Une médecine sans médecins et sans soins », selon Chauvenet [10].

C'est pourtant ce même soignant, qui forme avec le patient un microsystème clinique, petit groupe de gens travaillant ensemble afin de prodiguer des soins à une sous-population de patients et qui inclut les personnes recevant le soin et non pas uniquement le prestataire [11],qui est tenu de participer à la production de l'information sanitaire. Il doit renseigner des rapports d'activités concernant l'établissement et la situation épidémiologique, et chaque soin doit se solder par le remplissage d'une fiche ou d'un registre avec moult colonnes, moult cases, moult détails …

L'objectif de notre étude a été de comprendre le contexte où s'élaborait l'information sanitaire de la perspective des soignants dans les ESSP au Maroc, leur manière d'observer et de décrire leur système, et ce dans le cadre d'une « sociology in medicine » [12] où le sociologue partage les mêmes préoccupations que les professionnels de santé [13]. Le contexte, c'est « tout cela » […] « que nous n'avons pas pris le temps d'étudier » et « qui détermine et explique […] l'essentiel du comportement des acteurs » [14].

Pour ce faire, , nous avons adopté une démarche systémique en encadrant notre analyse par la théorie des systèmes sociaux de Niklas Luhmann [15]. L'objet de l'observation, ce bout du monde sur lequel notre regard a voulu se poser, faisant apparaître en même temps son

---

[10] Carricaburu, Danièle, Ménoret, Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p.23.

[11] Rothschild, Adam S. and others, « Leveraging Systems Thinking to Design Patient-Centered Clinical Documentation System », *Int. J. Medical Informatics*, vol. 74, n° 5, 2005, pp.395–398.

[12] Gevitz, Norman, « Sociology in Medicine », *JAMA,* vol. 256, n° 9,1986, 2742–2742.

[13] Carricaburu, Danièle, Ménoret, Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, op. cit., p.7.

[14] Hane, Fatoumata, « Production des statistiques sanitaires au Sénégal : entre enjeux politiques et jeux d'acteurs », *Santé Publique*, vol. 29, n° 6, 2017, p.884.

[15] Luhmann, Niklas, *Systèmes sociaux. Esquisse d'une théorie générale*, Presses de l'Université Laval, 2011.

environnement, est ce que Luhmann appelle le système [16]. Le système ici se conçoit comme une différence par rapport à un environnement contingent [17], et le « monde » dans le langage de la théorie des systèmes sociaux de Luhmann, c'est la relation système/ environnement [18].

Le système reproduit continuellement les éléments qui le constituent et qui lui sont propres, les communications et les actions sociales. Il le fait en se référant à lui-même, tout en tenant compte de son environnement [19,20]. C'est justement en observant les communications au sein de l'ESSP, que l'on a nommé Système Local de Santé (SLS), et les communications du SIS en tant que deux systèmes différents, qui se réfèrent chacun à soi-même et qui s'observent mutuellement comme des complexités [21], que nous avons voulu comprendre comment le personnel soignant pouvait observer les contours de son environnement tout en décrivant son système d'appartenance.

Par l'analyse du code selon lequel se sont ordonnées les communications dans le système observé, à travers la description qu'on fait les soignants de leur fonction dans le système, par l'observation de leurs actions au contact de leur environnement, nous avons pu conclure l'identité et la forme des systèmes en présence et ainsi que la stabilité de leur structure centrale.

Ceci pourrait nous aider à comprendre ce qui a amené les soignants au Maroc à percevoir le SIS comme « une charge ou une imposition » [22], dans une conception où la connaissance est une opération du système en référence à lui-même, et non pas « l'acte de connaître d'un sujet humain » [23].

Méthodologie

Conception de l'étude selon l'approche luhmanienne

Pour explorer un bout du monde où le soignant perçoit le SIS comme « une charge et une imposition » et comprendre le contexte à partir duquel il s'exprime, nous avons opté pour une approche socio-anthropologique,

---

16 Ibid.

17 Garcia Amado Juan Antonio, « Introduction à l'œuvre de Niklas Luhmann », *Droit et Société*, vol.11, n° 1, 1989, pp.15–52.

18 Luhmann Niklas, *Systèmes sociaux. Esquisse d'une théorie générale*, op. cit.

19 Boisvert, Danny, « Niklas Luhmann : la théorie des systèmes sociaux », *Aspects sociologiques*, vol. 13, n° 1, 2006, pp. 55–82.

20Garcia Amado, Juan Antonio, « Introduction à l'œuvre de Niklas Luhmann », op. Cit.

21 Boisvert, Danny, « Niklas Luhmann : la théorie des systèmes sociaux », op. cit.

22 Ministère de la Santé, « Système national d'information sanitaire au Maroc : Situation actuelle et perspectives », Atelier sur les statistiques sanitaires- MEDSTAT III, Paris, 2012, p.9.

23 Luhmann, Niklas, *Systèmes sociaux. Esquisse d'une théorie générale*, op. cit. p.7

encadrée par une théorie de la distinction du système et de l'environnement [24].

Luhmann a développé une perspective théorique créative de comment observer une société moderne, composée « de communications, seulement de communications et de toutes les communications » [25]. Cette perspective offre la possibilité d'observer comment des communications et des observations de plusieurs genres sont amenées à trouver un « arrangement », sans perdre leur identité ni trouver un terrain d'entente. C'est le concept de « polycontexturalité » qui est central ici, et les soins de santé sont un cas extrême de polycontexturalité, compte tenu de leur complexité à multiples contextures : médicale, économique, politique, juridique et scientifique [26].

La démarche systémique met en œuvre des processus de la pensée qualitative [27], et pour observer notre objet, les communications du système, nous avons réalisé une enquête ethnographique. Bien que le choix de la thématique ait été ancré dans une pratique professionnelle antérieure de l'investigatrice principale de l'étude, nous avons procédé à une enquête exploratoire au cours de laquelle l'équipe de recherche a travaillé à l'amélioration du guide d'observation et à l'élaboration du cadre conceptuel de l'étude.

Recueil des données

Nous avons mené notre étude dans un district sanitaire d'environ un million d'habitants. Le district compte 28 ESSP dont trois au niveau rural. Trois-cent-trois soignants exerçaient au sein de ces ESSP : 81 médecins généralistes, 172 infirmiers, et 50 aides-soignants [28]. Un échantillonnage dirigé nous a permis de choisir trois ESSP urbains, identifiés suite à un entretien avec les gestionnaires locaux, comme étant les établissements « qui posaient plus de problèmes » en termes de promptitude des rapports, « jamais à jour » pour remettre les données statistiques », « relancés à coup de plusieurs appels téléphoniques » avant d'en obtenir des données chiffrées.

---

[24] Luhmann, Niklas, *La Société de La Société*, Exils, 2021.

[25] Garcia Amado, Juan Antonio, « Introduction à l'œuvre de Niklas Luhmann », op. Cit, p.17.

[26] Knudsen, Morten, Vogd, Werner (Eds.), « Introduction : Health Care, Systems Theory and Polycontexturality », in *Systems Theory and the Sociology of Health and Ilness*, Routledge Studies in the Sociology of Health and Illness, Routledge, 2015, pp.1-22.

[27]Mucchielli, Alex, *Étude des communications : approche systémique dans les organisations*, Armand Colin 2004.

[28] Haut-Commissariat au Plan, *Annuaire statistique du Maroc*, HCP, 2018.

Tous les soignants impliqués dans la production et la collecte de l'information sanitaire sollicités ont accepté de participer à l'étude : six médecins généralistes, trois sages-femmes, trois infirmières-cheffes (infirmières-major selon la dénomination encore utilisée par le personnel des ESSP), trois infirmier(e)s polyvalent(e)s et une kinésithérapeute. Ils avaient une expérience professionnelle entre quatorze et trente-neuf ans.

Les données ont été recueillies pendant l'activité des soignants : en consultation de médecine générale, pendant les séances de vaccination des nourrissons et des enfants, de suivi des femmes enceintes, de planification familiale, de suivi des patients tuberculeux et de patients porteurs de maladies chroniques (diabète et hypertension artérielle). Durant l'enquête, d'autres personnes étaient présentes : les agents d'entretien, les agents de sécurité, les agents de la promotion sociale, les étudiants infirmiers, avec lesquels des entretiens libres ont été réalisés.

Lors de notre enquête ethnographique, nous avons recouru à trois outils méthodologiques : l'observation participante, la participation observante, et le récit de pratique.

L'observation participante, qui implique une immersion active et prolongée des chercheuses dans le terrain [29], a été réalisée par une chercheuse en sociologie, ancienne membre d'une organisation internationale avec une longue expérience dans le domaine des soins de santé primaires, notamment dans les sites étudiés où elle a, par le passé été responsable de l'implantation de projets à bases communautaire, et par un médecin qui exerce dans la préfecture médicale étudiée depuis 2007. Par cet outil, qui a donné la priorité à l'observation ouverte et déclarée, les chercheuses ont pu d'interagir avec les personnes observées pour poser des questions, accéder à des informations peu accessibles et mieux comprendre certains fonctionnements difficilement appréhendables par des personnes non familiarisées avec le terrain [30].

L'observation participante a permis d'observer la dynamique générale de l'établissement comme contexte où le soignant produit l'information sanitaire. Elle a aussi permis d'observer le soignant pendant l'exercice de ses fonctions, son interaction avec les patients et leurs accompagnants et sa pratique vis-à-vis des supports d'information sanitaire. Par ailleurs, elle a permis l'observation des supports informationnels en dehors des moments d'interactions avec les soignés, une recherche documentaire qui

[29] Calhoun, Craig, *Dictionary of the Social Sciences*, Oxford University Press, 2002.

[30] Soulé, Bastien, « Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherches Qualitatives*, 27, 2007, pp.127–40.

nous a renseigné à travers l'analyse de la qualité du remplissage, l'écriture, et l'archivage.

La participation observante a été réalisée par le médecin généraliste, doctorante en sociologie, et l'observatrice a été une participante en public, une observatrice en privé, faisant « partie du milieu », et prenant à certains moments « du recul pour observer » [31]. Elle a été possible du fait que l'un des trois sites de l'enquête s'est révélé être l'établissement où la chercheuse exerçait ses fonctions de médecin. La participation observante, qui suppose du chercheur qu'il soit membre à part entière sur son terrain de recherche [32], se traduit par une attitude plus ouverte de la part des acteurs de terrain ainsi qu' une meilleure compréhension du phénomène étudié[33]. L'accès et l'interprétation des données émanant du terrain s'en trouvent ainsi facilités, du fait de l'acceptation de la subjectivité de l'autre comme étant la sienne. Elle a permis à la chercheuse d'une part de s'auto-observer dans un processus réflexif, et de l'autre d'être une observatrice même pendant son activité quotidienne.

Le récit de pratique « centré sur ce que les gens ont fait » [34], propose « de traiter les activités pratiques […] comme des thèmes d'étude empirique, en accordant aux activités les plus communes de la vie quotidienne l'attention habituellement accordée aux événements extraordinaires. Elles cherchent à les traiter en tant que phénomène de plein droit » [35]. Les récits de pratique nous ont permis d'écouter les soignants parler leur vécu avec le SIS tout au long de leur carrière. Ils ont été recueillis en *darija* marocaine puis traduits.

C'est la chercheuse en sociologie qui s'est chargée de l'observation et des récits de pratique au niveau de l'établissement de soins où sa coéquipière officiait en tant que médecin, et ce afin de contourner d'éventuels conflits d'intérêt. Le médecin, elle, a observé et interviewé ses collègues soignants au niveau des deux autres sites.

Analyse des données

Nous avons construit une grille d'analyse, avec en tête que « lorsqu'on recherche un contexte pertinent, on ne part pas avec une grille à priori. On part avec une idée générale : […] (retrouver) une forme, une structure ou un système sous la pléthore inorganisée des données phénoménales.

---

31 Ibid. p.134.

32 Ibid.

33 Adler, Patricia A., Adler, Peter, *Membership Roles in Field Research*, Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1987.

34 Bertaux, Daniel, *Les récits de vie - Perspective Ethnosociologique*, Paris, 4e édition, Armand Colin, 2016, p.48.

35 Garfinkel, Harold, *Recherches En Ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2007, p.51.

Le résultat ne peut être donné à l'avance […] il est une construction et jamais une déduction » [36].

Nous avons pu obtenir une description des systèmes en présence à partir des communications qui les ont constitués. Nous avons observé les fonctions de ces systèmes, les codes selon lesquels s'y organisaient les communications, leurs opérations, et comment se déterminait leur identité. Les communications que le système a reçues de son environnement ont constitué la base de sa structure, et c'est dans la dynamique de l'autoreproduction de ces éléments que s'est déterminée son identité [37].

Nous avons observé l'individu non pas comme élément central du système, mais comme structure d'attente. Les attentes partagées sont la composante centrale de cette structure et c'est de leur stabilité que dépendra la stabilité du système [38]. Par l'analyse de la structuration, nous avons pu analyser la stabilité du système, en l'occurrence de santé.

L'identité est la référence centrale des opérations d'un système. Elle est possible grâce au code selon lequel s'ordonnent les communications, et au contact avec l'environnement. Elle a été analysée à travers ses deux dimensions : *l'auto-observation* et *l'auto-description* [39].

Nous avons mis en évidence l'auto-observation à partir de la manière par laquelle les systèmes en présence opéraient et donc comment ils communiquaient avec leur environnement, et selon quel code s'ordonnaient leurs communications.

C'est le pouvoir direct qu'il a eu sur ses frontières (différence que lui conférait son identité par rapport à l'environnement) qui nous a permis de voir comment un système s'auto-décrivait. La description est aussi un moment de l'autopoïèse d'un système.

Les récurrences, ou constantes du système, révélant son identité, ont été recherchées dans les actions des individus et dans les comportements dans lesquels ils se sont auto-identifiés.

Si le code est ce qui permettrait au système d'orienter toutes ses communications, c'est grâce au filtre du sens qu'il peut se délimiter par rapport à son environnement, le reste de la société, et avoir une identité propre, qui sera la référence vers laquelle seront tournées toutes les opérations du système [40]. Le sens est la forme que prend le système en

---

[36] Paillé, Pierre, Mucchielli, Alex, *L'analyse Qualitative En Sciences Humaines et Sociales*, 4e édition, Armand Colin, 2016, p.183.

[37] Garcia Amado, Juan Antonio, « Introduction à l'œuvre de Niklas Luhmann », op. cit.

[38] Ibid.

[39] Ibid.

[40] Ibid.

distinguant ce qui peut franchir ses frontières ou pas , il est « le produit des opérations du système » [41]. Nous avons extrait le sens vers lequel se faisaient les communications dans chaque système et mis en évidence les différents sous-systèmes en présence ainsi que l'interaction entre eux.

La composante centrale de la structure d'un système en est les attentes partagées, et l'analyse du filet subséquent des attentes nous a éclairé sur la structure du système de santé. La stabilité de la structure du système de santé dépendra de la stabilité de ces attentes partagées, des attentes qui se groupent sous des individus (personnes, rôles), des programmes et des valeurs [42].

Au terme de cette analyse, nous avons pu réaliser une modélisation, qui servira de moyen « d'analyse et de réflexion » en créant une image d'un bout du réel, bien que forcément réductrice vue la complexité de ce dernier [43].

Résultats

Différents systèmes ont été observés dans l'environnement de notre objet. L'observation des soignants en interaction avec les patients et avec les supports informationnels a permis de distinguer deux sous-systèmes dans son environnement interne : le microsystème clinique et le microsystème administratif. Dans son environnement externe se sont profilés le SSL (quartier), le SIS englobé par le système administratif, le système national de santé (SNS) et le système « organismes internationaux ».

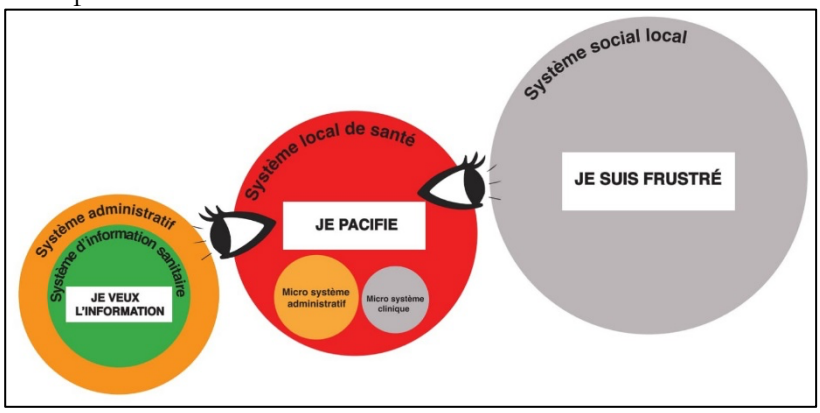
Ces systèmes ont posé des attentes disparates sur la même structure : le soignant. En observant cette dynamique d'ensemble, notre objet est apparu comme un système pacifiant un environnement hostile, programmé pour réduire la violence et acquérir un pouvoir sur ses frontières (Figure 1).

[41] Luhmann, Niklas, *La Société de La Société,* op. cit.p.51.

[42] Garcia Amado, Juan Antonio, «Introduction à l'œuvre de Niklas Luhmann », op. cit.

[43] Mucchielli, Alex, *Étude des communications : approche systémique dans les organisations*, op. cit.

Figure 1 :Le système de santé local observant son environnement : Système pacifiant



Identité et sens des systèmes observés

Au niveau interactionnel, nous avons pu identifier deux sous-systèmes : le microsystème clinique et le microsystème administratif.

Le microsystème clinique a opéré dans le cadre de toute interaction entre le prestataire de soins et le patient. Il a eu pour fonction d'une part de réduire la complexité en rapport avec la prestation de soins à la personne, et de l'autre l'instauration d'une discipline. Les soignants ont observé la patientèle comme ne comprenant pas les communications du code médical.

« Je passe ma vie à faire l'IEC (Information Education Communication) et rien ne marche ! Les résultats des analyses de la glycémie de cette patiente sont catastrophiques, elle risque de perdre sa vue ! » (Médecin S)

« Le patient exige des explications et des ré-explications, il faut expliquer à plusieurs reprises ! » (Médecin M)

Alors, pour rendre opératoire leur microsystème, ils ont plutôt utilisé les codes de communication des systèmes religieux et politique (ex : code *halal/ haram* ou ton autoritaire pour amener à adopter un comportement en faveur d'une bonne santé).

« C'est haram, tu vas devoir rendre des comptes à ton enfant le jour du jugement dernier ! Il t'en voudra de ne pas avoir pris soin de lui ! C'est haram ! par Allah ! Pourquoi tu as tardé autant à le ramener en consultation ? Prends soin de lui et donne-lui une bonne alimentation ! C'est honteux vis-à-vis d'Allah ! » (Médecin S)

« Je t'ai déjà dit de prendre la pilule ! tu as dépassé l'âge et tu prends beaucoup de risques ! » (Sage-femme B)

La langue de communication a été la darija, et les valeurs culturelles mobilisées au cours de l'interaction, y compris pour donner des explications aux patients sur leur état de santé et des conseils, ont été communes à la fois au soignant et aux soignés (ex : recettes ancestrales).

« Prends de l'anis et du cumin laineux plusieurs fois par jour, ils passeront dans ton lait et le soulageront de ses coliques, le soir, masse-lui le ventre avec de l'huile d'olive que tu auras réchauffée, bois du fenugrec pour avoir plus de lait, et mange du millet…Pourquoi tu lui as mis du khôl sur son nombril ? c'est toxique ! » (Sage-femme Z)

Par ailleurs, la consultation de médecine générale et les couloirs des ESSP ont été décrits comme un désordre, un prolongement du système social environnant :

« Les bagarres qui se produisent en dehors du centre de santé se continuent jusqu'au bureau du médecin ou ici même, et dans le meilleur des cas dans les couloirs du centre ». (Sage-femme T)

« De l'intérieur de mon bureau me parviennent les discussions entre les patients en salle d'attente : ils peuvent discuter de leur état de santé, s'échanger des conseils et se faire des diagnostics, juste avant d'entrer me voir. L'ambiance sonore du centre de santé s'apparente à celle d'un bain maure, parfois je sors entre deux consultations pour les remettre à l'ordre, prétextant que je n'arrive pas à écouter les sons transmis par mon stéthoscope ! » (Meriam, Participation observante)

Les soignants, à ce niveau interactionnel, se sont adaptés à la complexité de leur environnement en utilisant des communications observées comme étant communes à leurs systèmes de valeurs respectifs, une adaptabilité qui a semblé être une récurrence de ce système. Ce système a observé les communications relatives au système d'information sanitaire, la *« paperasse »* (Sage-femme L), comme une complexité qui n'a pas semblé faire partie de ce système interactionnel qu'est le microsystème clinique. C'est le cas du Médecin C qui demande « *C'est quoi le système d'information sanitaire ?* » lorsque la note d'information sur l'étude et le document du consentement éclairé lui ont été présentés.

Les soignants ont relégué cette complexité à l'environnement où les individus d'un autre sous-système se sont chargés de la réduire : le microsystème administratif.

« On bâcle le travail, on donne les données à l'état brut à la majore et c'est elle qui doit tout faire. La paperasse est une culture qu'on n'a pas, on fait beaucoup de gestes, on parle beaucoup à la population, mais on ne documente que sous-pression ! » (Sage-femme L)

Le microsystème administratif a concerné la collecte et la transmission de données sanitaires. Ses éléments ont été des communications écrites en langue française. Les communications s'y sont ordonnées conformément au code économique « donnée pouvant être comptabilisée/ ou pas ». Il a opéré à travers plusieurs structures d'attentes : les agents de santé responsables des programmes sanitaires et l'infirmière-major de l'ESSP.

Les supports du SIS ont été observés comme étant fréquemment changés et de plus en plus complexes. Les soignants se disaient surpris et ne sachant pas exactement ce qui était attendu d'eux. Ils ont observé la quantité de données à rapporter comme étant inutile et les documents trop détaillés.

Les soignantes impliquées dans la collecte des données durant les soins interagissaient très peu avec les patients et leurs familles. Elles étaient occupées à remplir des documents tout le temps que durait la prestation. Elles ont impliqué des stagiaires des écoles privées d'infirmerie et ont procédé à la simplification des supports informationnels, en remplaçant les registres imprimés par des registres simplifiés, tracés à la règle et au stylo. Sous la contrainte de procédures observées comme une complexité ont émergé la « simplification des procédures » et l'implication des stagiaires des écoles d'infirmerie comme une récurrence du système observé.

L'observatrice a d'ailleurs relevé que les médecins ne s'attardaient pas à remplir les registres, où seuls figuraient le nom et prénom, parfois l'âge, et rarement le motif de consultation, et seulement quand ils l'estimaient nécessaire. Répondant à la remarque de l'observatrice qui ne voyait pas de registre des consultations curatives sur le bureau, le médecin femme s'exprime en la regardant directement dans les yeux :

« Non je ne peux pas le faire, je ne veux pas perdre mon énergie dans des actes qui ne servent à rien ! Mon seul souci est de voir le maximum de patients et de les satisfaire pour ne pas créer de scandale ni être victime de leur violence…les registres et les fiches, c'est secondaire pour moi ! Que je m'occupe à remplir des papiers au milieu d'un tel raffut est une pure folie ! » (Médecin S)

Les soignants ont observé leur environnement comme les empêchant de se consacrer correctement à cette activité administrative :

« C'est uniquement après le départ de la foule que je peux me consacrer à rapporter les données sur le registre, à la fin de ma journée de travail ». (Sage-femme B)

Le microsystème administratif a été observé comme ayant un pouvoir affirmé sur ses frontières ; il a opéré par la réduction du temps d'interaction avec les patients et leurs familles, la simplification des procédures et l'implication d'un autre sous-système pour canaliser l'information, la rendre opérationnelle et accomplir ainsi sa fonction administrative. C'est le cas notamment pour la cellule de vaccination. Plus la soignante s'impliquait dans le travail administratif, et moins elle interagissait avec les patients qu'elles avaient en face.

Au niveau organisationnel, le quartier et l'administration ont été les deux sous-systèmes décrits par les soignants.

Les soignants ont décrit leur environnement social, le quartier, que l'on a nommé système social local (SSL), comme un chaos socio-économiquement précaire, et l'ensemble de leurs communications sont allées dans le sens d'y imposer des règles et des normes disciplinaires : la vérification de l'appartenance au quartier desservi par l'ESSP et le respect de l'ordre de passage.

L'entrée des sites observés a été un filtre sécuritaire qui n'autorisait l'accès qu'à la population d'un secteur géographique très précis. Pour vérifier les adresses, un agent de sécurité privé et un(e) auxiliaire de santé demandaient des documents d'identité à l'entrée, refusant systématiquement toute personne ne dépendant pas de la zone de desserte. A l'intérieur des ESSP, tous les individus, indifféremment, infirmiers, sage-femme ou médecins, agissaient dans le même sens, en demandant aux patients un document prouvant leur résidence dans le secteur.

« Juste devant le portail, une table de bureau bloque l'entrée, derrière laquelle deux hommes et une femme, de forte corpulence, organisent le passage vers les différents services, la femme, semble maîtriser la situation…Il est difficile de parler d'une activité de triage, car on a l'impression que les personnes autour de la table font tout pour empêcher les patients de rentrer…et de temps à autre quelqu'un arrive à dépasser la barrière et décider où aller ». (Samira, Observation Participante)

« En consultation médicale, les patients rentrent systématiquement avec leur carte d'identité nationale à la main, et me la tendent lorsque je leur demande leur nom, sans prendre la peine de me répondre. A mon tour, je leur demande systématiquement leur numéro d'ordre pour voir s'ils ont respecté leur tour ». (Meriam, Participation Observante)

Les soignants ont observé les patients comme des consommateurs qui attendaient d'être pourvus en médicaments et d'être soignés localement. Ils se sont décrits comme les cibles de violentes protestations de la part de la population locale lorsque les besoins n'étaient pas satisfaits, par manque de médicaments ou par nécessité de référer à un autre niveau de soins, en accord avec l'organisation pyramidale du système de santé marocain.

« D'une part la population qui réclame les médicaments, et de l'autre avec l'administration qui réclame les données ! […] L'administration exige plus de rendement et la population exige plus de services ; notre travail ici est un combat perpétuel et une confrontation journalière, c'est le cas dans les quartiers exclus et pauvres, la privation des gens les rend agressifs et violents ». (Infirmière- major M)

L'ensemble des communications du SLS se sont orientées dans le sens d'établir de l'ordre dans l'environnement social immédiat, avec pour fonction de lutter contre un adversaire (maladie, population), et de contrôler (la population, les naissances) et de transmettre des informations à un niveau central (l'administration). Elles allaient dans le sens de la lutte

et du contrôle, et aussi de l'enrôlement à travers la formation des stagiaires d'un autre sous-système « les écoles privées d'infirmerie » : c'est un système qui se voit comme « système pacifiant » un environnement observé comme hostile et en attente d'une réduction de sa frustration. Le système observé, en reproduisant les communications du système d'autorité locale et du système religieux, est parvenu à accomplir la fonction politique de contraindre les patients à respecter la discipline imposée par les soignants, que cette discipline concerne leur santé ou l'ordre au sein de l'établissement.

Quant au système administratif, les soignants ont observé le système chargé de leur administration comme un système pyramidal stratifié, intéressé uniquement par l'information sanitaire, n'offrant pas à l'individu la possibilité d'exprimer les contraintes liées à son quotidien. Pour les soignants, le système administratif sanitaire, à travers le SIS, n'a reconnu les actions du SLS qu'à travers l'information qui lui était transmise dans les rapports. Les demandes pressantes de l'administration, et les multiples relances, ont été observées comme une menace dans l'environnement, à laquelle le système s'est fermé et a continué à reproduire ses éléments en référence à lui-même : s'adapter en donnant des estimations.

Certains soignants s'emportent lorsqu'après avoir fini leur prestation, ils découvrent, au moment de remplir les supports informationnels, que la patiente ne dépend pas du secteur :

« J'ai passé presque 15 minutes avec cette dame et finalement je ne peux rien noter ! Comment convaincre les autres (l'administration) du travail effectué ? » (Sage-femme L)

Au niveau sociétal, trois systèmes ont été décrits : le monde rural, le système des organismes internationaux et le système national de santé.

Tous les soignants ont commencé leur récit en relatant avec nostalgie leur expérience passée dans le milieu rural, y décrivant un SLS en parfaite symbiose avec son environnement immédiat, où le soignant s'est nourri de la culture locale, notamment *amazighe,* et où le système social s'est à son tour nourri du savoir-faire des soignants. Dans cet environnement, l'ordre et la discipline ont été la règle selon les soignants, et la communication coulait avec fluidité, contrairement au milieu urbain, évoqué comme un environnement hostile, avec lequel le SLS était en conflit, devant mettre toutes ses forces à le pacifier.

« A Agadir comme à Tiznit, l'écart est énorme avec ce qui se passe ici…une population respectueuse et ne fréquentant pas le centre pour n'importe quelle raison ; les patients ne venaient que dans les cas d'extrême nécessité, par contre ici le passage au centre de santé est un rituel, chaque jour ils passent et exigent une contrepartie… Au sud la consultation coïncide avec le jour du souk, les gens se préparent, bien habillés,

propres, et avec pudeur et modestie, ils respectent les professionnels de santé. Les berbères sont bien éduqués ; ici les gens rejettent l'autorité, ils sont violents, ne respectent pas les rendez-vous et n'aiment pas attendre ». (Sage-femme B)

« J'ai passé 3 ans au rural de la province de Khenifra, et 5 ans dans une commune rurale dans la province de Meknès. Travailler dans le rural est une expérience enrichissante, tout est nouveau, et on apprend chaque jour, le dialecte amazigh, la culture locale, la relation avec l'administration, et on apprend aussi à s'adapter à toute les situations… l'avantage c'est qu'au rural, la population est simple, naïve et accepte toutes sortes d'informations et elle y croit ! (Elle soupire et change de ton) Ici c'est l'enfer ! j'ai passé 6 ans comme si j'étais en guerre, nous combattons depuis notre arrivée jusqu'à notre départ ! La population est indisciplinée, ingrate et ne croit pas facilement ce qu'on lui dit, en plus de la violence gratuite ! » (Infirmière-major M)

A la fin de tous les récits de pratique réalisés ont surgi systématiquement les organismes internationaux, décrits comme un système œuvrant dans le sens d'une modernisation des procédures (informatisation du SIS) et d'une qualité de soins, est apparu à fortiori dans l'environnement du SLS. Ce dernier s'est observé comme empêché par son environnement de réaliser un travail de qualité, et s'est refermé sur lui-même lorsque la menace de l'informatisation et de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) s'est profilée, en continuant à reproduire des supports informationnels tracés à la main.

« Dans le centre de santé où je travaillais avant, nous avions reçu une délégation de l'OMS, qui quand elle a vu que nous faisions 60 consultations par médecin et par jour, nous a dit qu'on ne peut pas être en train de faire un travail de qualité…Les conditions dans lesquelles nous travaillons ne facilitent rien ». (Médecin C)

« J'ai participé à une expérience dans le cadre d'un projet dédié à la santé maternelle financé par les Coréens. La réalisation de ce projet a vu le jour au centre de santé C, sa composante principale était l'informatisation du Système d'Information. La saisie des données était difficile pour moi, le suivi des cas par téléphone, l'élaboration des rapports… Je ne voudrais pas refaire cette expérience ». (Sage-femme B)

Nous avons pu observer comment le soignant construisait son action autour des communications organisationnelles du SIS, qui a modelé l'activité quotidienne, faisant apparaître le système de santé comme un sous-système du système d'information et non l'inverse. Les soignants du SLS se sont observés comme étant à la pointe d'une pyramide inversée sur laquelle pesaient des charges trop lourdes :

« Tout le travail du ministère repose sur nos épaules, puissent nos efforts intercéder en notre faveur auprès d'Allah le jour du jugement dernier ». (Infirmière polyvalente J)

Ils se sont observés comme des victimes d'un manque du personnel soignant, devant assurer des rôles multiples et éloignés de leur formation initiale :

«Tout repose sur ' l'hôpital de quartier', mais c'est comme si un immeuble de cent étages reposait sur des fondations peu solides, une infirmière fait le travail pour quatre ». (Infirmier polyvalent B)

Structuration des systèmes étudiés

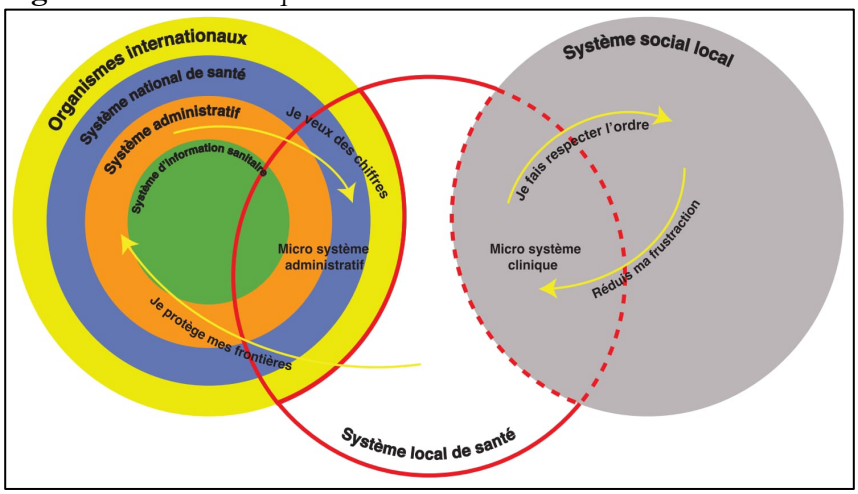
Nous avons pu observer comment le SLS pouvait être une structure sur laquelle le système de santé plaçait des attentes. Ainsi, au niveau interactionnel, les soignants ont attendu des patients qu'ils adoptent un comportement en faveur d'une bonne santé et qu'ils respectent l'ordre et la discipline. Les patients, en retour, ont attendu des soignants qu'ils réduisent leur frustration, en les dotant en médicaments et en leur offrant des prestations sans avoir à les référer à un autre niveau de soins. Au niveau organisationnel, les soignants ont attendu du système administratif une reconnaissance de leurs efforts et une prise en considération de leurs conditions de travail. L'administration, elle, a attendu des soignants qu'ils lui transmettent l'information pertinente nécessaire à la gestion et à la planification. Au niveau sociétal, le SNS a attendu des soignants qu'ils pallient le manque de personnel en accomplissant des fonctions qui pouvaient différer de leur formation initiale (ex : sage-femme en cellule de vaccination, infirmier polyvalent au triage), et les organismes internationaux ont attendu d'eux un travail de qualité et une adhésion aux modernisations des procédures.

Ainsi, des attentes divergentes sur un même individu, pourraient être à l'origine d'une instabilité de sa structure centrale, les attentes partagées, pouvant causer une vulnérabilité du système. Le SLS a été un sous-système à la fois du système social environnant, du SNS et du système « organismes internationaux ». Ces trois systèmes ont eu des attentes disparates qui ont pesé sur la même structure : le soignant.

Il a été attendu du soignant qu'il assure une fonction politique au sein d'un « système pacifiant », une fonction économique et sociale (réduire la frustration) au sein d'un système que l'on a nommé « providence », et une fonction purement économique dans le cadre d'un système administratif « informant », tenu de respecter des procédures conçues dans des systèmes hautement différenciés de sociétés modernes hypercomplexes, qui attendent de lui la qualité et le changement dans le sens d'une « modernisation » des procédures.

Le filet subséquent d'attentes qui a déterminé la structuration du système de santé a paru poser des attentes disparates sur la même structure d'attente, le soignant (Figure 2).

Figure 2 : Filet subséquent des attentes



Si la structure fondamentale d'un système repose sur les attentes partagées, et que la stabilité du système est tributaire de la stabilité de cette structure, cette situation pourrait être le lit d'une vulnérabilité du système de santé.

Discussion

A la question de savoir ce qu'est le SIS, Knudsen et Vogd nous répondraient que « tout dépend de l'observateur » [44]. Dans le domaine de la recherche sur les systèmes d'information, un SIS est un ensemble de hardware, software et d'éléments télécommunicationnels permettant d'atteindre des objectifs en santé, tant sur le plan individuel que dans le large contexte des soins de santé [45]; en management hospitalier, c'est un système qui peut notamment aider les équipes à gagner du temps pour la prise de décision concernant la santé d'un patient et à raccourcir les durées d'hospitalisation [46]. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il est l'une des six composantes essentielles d'un système de santé [47]; pour les planificateurs et les gestionnaires du Système de Santé Marocain, c'est le

[44] Knudsen, Morten, Vogd, Werner (Eds.), « Introduction: Health Care, Systems Theory and Polycontexturality », in *Systems Theory and the Sociology of Health and Ilness*, op. cit.

[45] Stampe, Katherine, « Creating Health Together: How HIS Resources Can Boost Co-Creation Elasticity », *Information System Research in Scandinavia IRIS41*, Aarhus University, Scandinavia, 2018.

[46]Callen, Joanne, and others, « Does an Integrated Emergency Department Information System Change the Sequence of Clinical Work? A Mixed-Method Cross-Site Study », *International Journal of Medical Informatics*, (83/12), 2014, pp.958–966.

[47] Savigny, Donald de, Adam, Taghreed, *Pour une approche systématique du renforcement des systèmes de santé*, Alliance pour ra Recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

système qui permet la collecte, le traitement et l'exploitation des informations relatives aux établissements sanitaires, à leurs activités et à leurs ressources. Il est utilisé pour évaluer la qualité des soins [48]. Pour le personnel de santé marocain, il est « une charge ou une imposition » [49]. Cet excès de perspectives, c'est ce que Niklas Luhmann nomme la « polycontexturalité », un prérequis de la communication dans une société moderne hypercomplexe, devenue elle-même « polycontexturelle »[50]et ne pouvant, de la perspective de ce sociologue, être appréhendée par la tradition sociologique [51].

Il a été démontré que pour renforcer le SIS, il fallait agir sur les facteurs techniques, organisationnels et comportementaux [52], et que le succès d'une telle entreprise passait par la maîtrise de questions contextuelles telles que les connaissances et les perceptions des prestataires de soins [53].En Inde ces questions contextuelles ont été étudiées selon une approche quantitative, en enquêtant sur les connaissances, les attitudes et pratiques des soignants des ESSP, concluant à des valeurs moyennes très basses pour l'ensemble des paramètres étudiés [54], insistant sur la nécessité du renforcement des compétences du personnel soignant dans ce domaine.

Au Sénégal, Fatoumata Hane [55] a questionné la pertinence des statistiques sanitaires par une démarche ethnographique, observant la manière dont les acteurs de santé au niveau local s'ajustaient et s'adaptaient aux exigences des politiques sanitaires publiques sénégalaises. Cette sociologue a décrit les conditions de production des statistiques sanitaires en mettant en lumière les logiques d'acteurs et leurs « normes pratiques ». Dans cette perspective, le SIS s'apparente à « un dispositif […] institutionnel au sens deleuzien » de standardisation et de normalisation

---

48 Royame du Maroc, *Loi cadre n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins*, Bulletin Officiel n° 5962, 21 Juillet 2011, p. 1858.

49 Ministère de la Santé, « Système National d'Information Sanitaire au Maroc : Situation actuelle et perspectives », op.cit, p.9.

50 Knudsen, Morten, Vogd, Werner (Eds.), « Introduction: Health Care, Systems Theory and Polycontexturality », in *Systems Theory and the Sociology of Health and Ilness*, op. cit.

51 Luhmann, Niklas, *La Société de La Société*, op. cit.

52 Seblewengel, Lemme and others, « Improving quality and use of routine health information system data in low- and middle income countries: A Scoping Review », PLOS ONE, vol.15, n° 10, 2020, p. e0239683.

53 Lau, Francis and others, « A Review on Systematic Reviews of Health Information System Studies », *Journal of the Medical Informatics Association,* vol. 17, n° 6, 2010, pp.637–645.

54 Sinha, Rajesh Kumar, Sinha, Archana, « Knowledge, Attitude and Practice of Health Information System », *Journal of Health Management*, vol.17, n° 4, 2015, pp.425–437.

55 Hane, Fatoumata, « Production des statistiques sanitaires au Sénégal : entre enjeux politiques et jeux d'acteurs », *op. cit.*

de procédures conçues à l'international [56], mais cette auteure a elle-même précisé que le contexte qui influençait le comportement des acteurs était insuffisamment étudié.

L'objectif de notre étude a été de comprendre ce qu'était le SIS de la perspective des soignants eux- mêmes, notamment ceux qui exerçaient dans des ESSP où le SIS était « défectueux », comment ils s'observaient et se décrivaient par rapport aux systèmes qui formaient leur environnement : les documents, les patients, l'administration, le quartier, les organismes internationaux, le système de santé et même le monde rural comme système.

Nous avons observé que la réalité vécue par les soignants des ESSP étudiés les empêchait de réaliser correctement la collecte de l'information, et que leur rôle s'apparentait plutôt à celui d'un agent d'autorité œuvrant à pacifier des populations défavorisées. Notre étude a montré que devant la complexité de l'information demandée, le personnel soignant a choisi de simplifier ; en réaction au changement des supports informationnels à remplir, le soignant a opté pour la stabilité en utilisant des registres tracés à la règle et au stylo. Alors finalement, la non-fiabilité de l'information sanitaire pourrait cacher des procédures inadaptées et trop complexes dans des environnements où l'effectif des soignants est insuffisant.

Nous avons pu montrer que le système observé opérait de manière récurrente par une simplification des procédures, une estimation des chiffres à donner, une protection de ses frontières par rapport aux systèmes environnants : le quartier et l'administration. Les individus comme structure d'attente ont fait émerger la valeur de liberté, sous la contrainte d'environnement social et administratif observés comme contraignants. La forme de vulnérabilité qui a surgi est la vulnérabilité du SLS, dont la structure centrale, représentée par les attentes partagées, est instable, puisque ce qui est attendu du soignant reste changeant, et ce que le soignant observe que les systèmes qui forment son environnement ne répondent pas à ses attentes.

Si les systèmes de santé ont été conceptualisés comme des systèmes sociaux, ancrés dans des contextes sociaux et façonnés par une action humaine [57], leur majorité a été conceptualisée selon des approches fonctionnalistes, centrées sur la définition de la structure et des unités de

---

[56] Ibid. p.880.

[57] Whyle, Eleanor, Olivier, Jill, « Social Values and Health Systems in Health Policy and Systems Research: A Mixed-Method Systematic Review and Evidence Map », *Health Policy and Planning*, vol.35, n° 6, 2020, pp.735-751.

fonction [58]. Dans une telle conception, un système de santé se définit comme « toutes les organisations, personnes et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé » [59]. Il est composé de six éléments, et qui sont les prestations de services de santé, un personnel de santé réactif, un système d'information sanitaire, des technologies médicales, un système de financement de la santé, une direction et une gouvernance, et en examinant l'agencement entre ces éléments constitutifs et leur façon d'agir les uns sur les autres et sur l'ensemble du système de manière à lui permette de remplir sa fonction, nous sommes supposés comprendre le fonctionnement d'un système de santé [60].Mais, sur la proposition de Luhmann, il nous a fallu rompre avec « tout fonctionnalisme », pour remplacer la relation sujet/objet par la relation « système /environnement » et réduire ainsi la complexité pour rendre possible la connaissance [61].

Si dans le domaine récent de la recherche systémique en politiques de santé, les recherches proviennent surtout des pays à revenus élevés, et les études empiriques y sont peu représentées, parmi lesquelles, très peu utilisent les théories et la méthodologie des sciences sociales [62], nous espérons par cette contribution avoir participé à éclairer le vécu des soignants des ESSP au Maroc, en encadrant notre réflexion par une théorie, qui a permis d'approcher trois niveaux d'analyse, micro, méso et macro sociologique, le premier concernant les interactions, le second niveau concernant l'organisation, et le dernier, la société [63]. Bien entendu, les limites de cette étude n'ont pas dépassé « la description de l'état des choses » au niveau de trois sites observés. Une étude comparative avec d'autres ESSP au niveau de contextes différents ouvrirait le champ d'observation sur d'autres angles morts. D'autre part, cette étude a été une enquête exploratoire qui a fait émerger un ensemble de thèmes qui n'ont pu être tous abordés et qui mériteraient d'être approfondis dans le cadre de travaux de recherche futurs.

---

58 El-Fallah, Mohamed M. B., « Health systems: a review of the concept, global challenges and reforms », *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, vol.8, n°5, 2016, pp.134-148.

59 Savigny Donald de., Adam, Taghreed, *Pour une approche systématique du renforcement des systèmes de santé*, op. cit. p.31

60 Ibid.

61 Luhmann, Niklas, *Systèmes sociaux. Esquisse d'une théorie générale*, op.cit.

62 Whyle, Eleanor, Olivier, Jill, « Social values and health systems in health policy and systems research: a mixed-method systematic review and evidence map », *op.cit.*

63 Knudsen Morten, Vogd Werner (Eds.), « Introduction: Health care, Systems theory and Polycontexturality », in *Systems Theory and the Sociology of Health and Ilness*, op. cit.

Déclarations des auteures

Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a été revu et approuvé par le Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale (CERB) de Rabat (N° C44/20). Nous avons veillé à obtenir le consentement écrit libre et éclairé auprès de tous les soignants. Les objectifs de la recherche étaient présentés avant le début de chaque entretien en précisant au soignant qu'il était libre d'interrompre sa participation à tout moment. Nous avons également demandé l'autorisation aux patients et des accompagnants des mineurs pour assister au cours de la prestation du soignant et aucun d'entre eux n'a émis d'objection. Pour préserver l'anonymat des participants, la transcription des entretiens a été effectuée par deux auteures (MB et SJ). Nous avons également choisi de nous abstenir de donner plus de détails sur les sites et les participants à l'étude.

Conflits d'intérêt

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Financement

Cette recherche a eu lieu avec l'appui du Conseil arabe pour les Sciences Sociales, dans le cadre du programme « Santé et moyens de subsistance dans la région arabe, bien-être, vulnérabilité et conflit », premier cycle (2020-2022), financé par l'Agence Suédoise de Coopération Internationale pour le Développement (Swedish International Development Cooperation Agency SIDA). Les opinions exprimées sont propres à leurs auteures et ne représentent pas nécessairement celles du Conseil Arabe pour les Sciences Sociales.

Contributions des auteures

MB était l'initiatrice de la problématique de recherche. Elle a conçu le protocole de recherche initial et a assuré la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. Elle a rédigé la première version de l'article et contribué de façon substantielle à sa révision et son approbation finale. SJ a participé de façon significative à la conception de l'étude, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données ainsi qu'à la révision et l'approbation de la version finale de l'article. KS et SA ont contribué significativement à la finalisation de la méthodologie de l'étude, la supervision de la collecte des données ainsi qu'à leur analyse et leur

interprétation. Elles ont également participé à la rédaction, la révision critique et la finalisation de l'article.

Remerciements

Nous tenons à remercier les professionnels de santé au niveau de la délégation et des ESSP d'avoir accepté de participer à l'étude. Nous remercions également Pr Zakaria Rhani pour sa relecture attentive et ses suggestions pertinentes qui ont aidé à finaliser cet article.

Références

Adler, Patricia A., Adler, Peter*, Membership Roles in Field Research*, Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1987.

Bertaux, Daniel, *Les récits de vie - Perspective ethnosociologique*, Armand Colin, 2016.

Boisvert, Danny, « Niklas Luhmann : la théorie des systèmes sociaux », *Aspects sociologiques*, vol.13, n° 1 (2006), 55–82

Calhoun, Craig, *Dictionary of the Social Sciences*, Oxford University Press, 2002.

Callen, Joanne, Li, Ling, Georgiou, Andrew, Paoloni, Richard, Gibson, Kathryn, Li, Julie and others, « Does an integrated emergency department information system change the sequence of clinical work? a mixed-method cross-site study », International Journal of Medical Informatics, vol. 83, n° 12, 2014, pp.958–66.

Carricaburu, Danièle, Ménoret, Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.

Crismer, André, Belche, Jean-Luc, Van der Vennet, Jean-Luc, « Soins de Santé Primaires, plus que des Soins de Première Ligne », Sante Publique, vol.28, n° 3, 2016, pp.375–379.

El-Fallah, Mohamed M. B., « Health Systems: A Review of the Concept, Global Challenges and Reforms », Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences, vol.8, n° 5, 2016, pp.134-148.

Fenech, Carine, « Comment analyser les statistiques du système de soins dans les Pays en voie de développement ? », Espace Populations Sociétés, vol. 13, n° 1, 1995, pp.143–147.

Garcia Amado, Juan Antonio, « Introduction à l'œuvre de Niklas Luhmann », Droit et Société, vol. 11n n° 1, 1989, pp.15–52.

Garfinkel, Harold, *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2007.

Gevitz, Norman, « Sociology in Medicine », JAMA, vol. 256, n° 19, 1986, pp.2742–2742

Hane, Fatoumata, « Production des statistiques sanitaires au Sénégal : entre enjeux politiques et jeux d'acteurs », Santé Publique, vol. 29, n° 6, 2017, pp.879–886.
Haut-Commissariat au Plan, *Annuaire statistique du Maroc*, HCP, 2018.
Knudsen, Morten, and Werner Vogd, « Introduction: Health care, Systems theory and Polycontexturality », in Systems Theory and the Sociology of Health and Ilness, Routledge Studies in the Sociology of Health and Illness, Routledge, 2015.
Lau, Francis, Kuziemsky, Craig, Morgan, Prix, Gardner, Jesse, « A Review on Systematic Reviews of Health Information System Studies », Journal of the American Medical Informatics Association, vol. 17, n° 6, 2010, pp.637–645.
Luhmann, Niklas, *La Société de la Société*, Exils, 2021.
Luhmann, Niklas, *Systèmes sociaux. Esquisse d'une théorie générale*, Presse de l'Université Laval, 2011.
Ministère de la Santé, « Système National d'Information Sanitaire au Maroc: Situation actuelle et perspectives », Atelier sur les statistiques sanitaires MEDSTAT III, Paris, 2012.
Mucchielli, Alex, *Étude des communications : approche systémique dans les organisations*, Armand Colin, 2004.
Nenonen, Mikko, Nylander, Olli, « A theoretical framework for health information systems », International Journal of Healthcare Technology and Management, vol. 4, n° 6, 2002, pp.467-477.
Organisation Mondiale de la Santé, *Outil technique SCORE pour les données sanitaires : Rapport mondial 2020 sur la capacité des pays à produire des données sanitaires*, OMS, 2021.
Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*, OMS, 2008.
Paillé, Pierre, Mucchielli, Alex, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 4e édition, Armand Colin, 2016.
Rothschild, Adam S., Dietrich, Linda, Ball, Marion J., Wurtz, Heidi, Farish-Hunt, Holly, Cortes-Comerer, Nhora, « Leveraging systems thinking to design patient-centered clinical documentation systems », Int. J. Medical Informatics, vol.74, n° 5, 2005, pp.395–398.
Royaume du Maroc, *Loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de Soins*, Bulletin Officiel n° 5962, 21 Juillet 2011, p. 1858
Savigny, Donald de, Adam, Taghreed, *Pour une approche systématique du renforcement des systèmes de Santé*, Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
Seblewengel, Lemme de, Janson, Annika, Persson, Lars-Ake, Wickremasinghe, Deepthi, Kallestal, Carina, « Improving quality and use

of routine health information system data in low- and middle income countries: a scoping review », PLOS ONE, vol.15, n° 10, 2020, p. e0239683.
Sinha, Rajesh Kumar, Sinha, Archana, « Knowledge, Attitude and Practice of Health Information System », Journal of Health Management, vol. 17, n° 4, 2015, pp.425–437.